

Domanda per la partecipazione all'avviso per l'attribuzione di n. 19 Incarichi vacanti di Medico di assistenza negli istituti penitenziari a tempo indeterminato – 24 ore settimanali - ex Art. 72 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 4 aprile 2024.

ALL' AZIENDA USL DI PARMA

U.O.S, Area Giuridico Economica del personale medico convenzionato

ausldiparma@pec.ausl.pr.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato
a _____ il _____ residente a _____
Via/Piazza _____ n. _____
Tel _____ Cell _____
e-mail _____

CHIEDE

Di partecipare all'avviso per l'attribuzione di n. 19 incarichi vacanti di medico di assistenza negli istituti penitenziari a tempo indeterminato 24 ore settimanali.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 ss.mm.ii. e che, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 DPR 445/2000 ss.mm.ii.),

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con la votazione di _____
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di medico di assistenza penitenziaria dal _____ presso _____
- di essere inserito nella graduatoria regionale (Regione Emilia Romagna) di medicina generale valevole per l'anno 2024 alla posizione n. _____
- di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ presso _____ Regione _____;
- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale presso _____/ Regione Emilia Romagna in applicazione dell'art. 9 comma 1 D.L. 135/2018 convertito con modificazioni dalla legge 11 febbraio 2019 n. 12. e di essere al _____ anno di corso;
- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale presso _____/ Regione Emilia Romagna in applicazione dell'art. 12 comma 3 D.L. 35/2019 convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019 n. 60. e di essere al _____ anno di corso;

- di essere residente nel comune di _____ provincia di _____ da almeno due anni alla data di scadenza del termine per la presentazione della presente domanda.

DICHIARA INOLTRE

di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Comunicazioni con l'AUSL di Parma

Secondo quanto previsto dalla legge 2/2009 il professionista medico iscritto all'ordine ha l'obbligo di attivare un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) per facilitare le comunicazioni con la pubblica amministrazione.

In adempimento della normativa summenzionata il sottoscritto comunica che il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) è il seguente:

_____ (si chiede di scrivere l'indirizzo in caratteri ben leggibili).

Con la firma del presente modulo il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Azienda USL di Parma utilizzerà l'indirizzo di posta elettronica certificata indicato per tutte le comunicazioni istituzionali e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali cambiamenti di indirizzo PEC.

Data ____ / ____ / ____

*Firma per esteso

(*) **A PENA DI ESCLUSIONE** la presente comunicazione di disponibilità deve essere sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia leggibile (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive prodotte ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 **DEVONO CONTENERE TUTTI GLI ELEMENTI UTILI ALLA VALUTAZIONE DELLE POSIZIONI DICHIARATE** nonché la SPECIFICA INDICAZIONE DELL'ENTE PUBBLICO, INCARICATO di PUBBLICO SERVIZIO o ALTRO SOGGETTO competente al rilascio delle corrispondenti certificazioni.